

تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بزرگسالان مبتلا به بیماری‌های مزمن: یک مطالعه سیستماتیک و فراتحلیل

امیر واحدیان عظیمی* فرشید رحیمی بشر** حسین امینی*** محمود ثالثی**** فاطمه الحانی*****

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

زمینه و هدف: توانمندی، فرآیندی پویا، مثبت، تعاملی و اجتماعی است که به بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن منجر می‌شود. هدف مرور سیستماتیک و فراتحلیل حاضر تعیین تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بزرگسالان مبتلا به بیماری‌های مزمن است. روش بررسی: با جستجوی عبارت «توانمندسازی خانواده محور» در پایگاه‌های فارسی *MagIran*، *SID*، *IranDoc*، *IranMedex* و *Googlescholar* و معادل انگلیسی آن در *Pubmed*، *Scopus*، *Proquest*، *Webofscience* و *Science direct* کلیه مطالعات مرتبط استخراج شد. کیفیت روش‌شناسی مقالات با استفاده از ابزار *Cochrane risk of bias* بررسی شد. جهت تحلیل از مدل اثرات تصادفی استفاده و ناهمگنی مطالعات با شاخص I^2 تعیین شد. داده‌ها با نرم‌افزار *STATA* نسخه ۱۱ تحلیل شد. یافته‌ها: از ۶۴۷ مطالعه اولیه تنها ۸ مطالعه به تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران بزرگسال با استفاده از ابزار *SF36* پرداخته بودند. تفاوت میانگین استاندارد شده ادغام یافته ابعاد ۸ گانه کیفیت زندگی عبارت بود از: عملکرد فیزیکی ۱/۷۸۱، محدودیت نقش فیزیکی ۱/۴۱۶، درد جسمانی ۰/۹۸۷، سلامت عمومی ۱/۳۵۲، عملکرد اجتماعی ۱/۰۱۰، سلامت روانی ۱/۱۲۲، محدودیت نقش روانی ۰/۶۵۶ و شادابی (۱/۳۶۱).

نتیجه‌گیری: اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور بر نمرات ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی براساس پرسشنامه *SF-36* تأثیر معناداری داشته است. به منظور ارتقای کیفیت زندگی بیماران بزرگسال مبتلا به بیماری‌های مزمن اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور توصیه می‌شود.

نویسنده مسؤول: فاطمه الحانی؛ دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

e-mail: alhani_f@modares.ac.ir

واژه‌های کلیدی: الگوی توانمندسازی خانواده محور، کیفیت زندگی، بیماری، مرور سیستماتیک، فراتحلیل

- دریافت مقاله: اسفند ماه ۱۳۹۶ - پذیرش مقاله: اردیبهشت ماه ۱۳۹۷ - انتشار الکترونیک مقاله: ۹۷/۵/۲۸

مقدمه

آن‌ها می‌توانند به‌ویژه در جوامع جهان سوم که با کمبود نیروهای کارآمد روبه‌رو هستند، به صورت ضایعه و خسارات جبران‌ناپذیر باشد که در تمام طول عمر همراه فرد بوده و علاوه بر مددجو سایر افراد خانواده و حتی جامعه را متأثر کند (۴). بیماری‌های مزمن رویکردی متفاوت با رویکرد غالب در مراقبت از بیماری‌های حاد را طلب می‌کند، رویکردی که در آن فرد به عنوان تصمیم‌گیرنده اصلی،

تغییرات سبک زندگی سبب شیوع بالای بیماری‌های مزمن شده است (۱-۳). با توجه به این که اکثر قربانیان بیماری‌های مزمن در سنین ۶۵-۲۵ سال قرار داشته و در واقع بازوهای کاری جامعه هستند، تهی‌شدن جامعه از این نیروها یا معلولیت موقت یا همیشگی

* مرکز تحقیقات تروما، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران
** گروه آموزشی بهداشت و مراقبت‌های ویژه دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
*** گروه آموزشی اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
**** مرکز تحقیقات آسیب‌های شیمیایی، انستیتو سیستم بیولوژی و مسومیت‌ها، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران
***** گروه آموزش پرستاری دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

مسئولیت مدیریت بیماری خود را پذیرفته و در زندگی با آن به لحاظ جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی توانمند شود (۵).

توانمندی فرآیندی پویا، مثبت، تعاملی و اجتماعی است. فرآیندی که در ارتباط با دیگران شکل گرفته و به بهبود سبک زندگی افراد مبتلا به بیماری مزمن، مسئولیت‌پذیری، تعامل بهتر با مسئولان بهداشتی و رضایت آنان، پاسخ بهتر به درمان، پیشگیری از عوارض، کاهش هزینه‌های درمانی و نگاه مثبت به بیماری منجر می‌شود (۶). در سال‌های اخیر مفهوم توانمندی بیمار در پژوهش‌های پرستاری و پزشکی از جایگاه ویژه‌ای برخوردار شده و از آن به عنوان ضرورت حرفه پرستاری نام برده می‌شود (۸ و ۷).

در مقالات مرتبط با توانمندی از نظر پایه‌های نظری، توان در سه دسته جا می‌گیرد: اولین طبقه قویاً بر نظریه انتقادی اجتماعی تأکید می‌کند (۹). در این نظریه توان به معنی تسلط و تحکم بوده و توان و توانمندی پدیده‌های اجتماعی و سیاسی به شمار می‌رود. دومین گروه مطالعات شامل نظریه‌های سازمانی است. نظریه‌های مدیریتی و سازمانی در دهه گذشته به مفهوم توانمندی بیش‌تر پرداخته‌اند. توان در این نظریه‌ها غالباً با سلسله مراتب سازمانی از بالا به پایین همراه بوده و در بسیاری از موارد در محیط سازمانی فرآیند استفاده از قدرت و فرصت عمل است که با سلامت کارکنان و تعهد آن‌ها به کار ارتباط تنگاتنگی دارد. سومین طبقه مرتبط با نظریه‌های روانی و اجتماعی بوده که بر پایه رشد فردی استوار است (۹).

Kieffer معتقد است توانمندی بیش‌تر از مشکل بر راه حل تأکید دارد و نشان‌دهنده قدرت، حقوق و توانایی‌هاست. وی توانمندی را فرآیندی تکاملی و زمان‌بر می‌داند که به رشد مهارت‌های مشارکتی منجر می‌شود. او توانمندی را در چهار گام تکاملی مطرح می‌کند که عبارتند از: مرحله اول یا مرحله ورود که موازی مرحله تکاملی نوزادی است. در این مرحله مشارکت فرد اکتشافی و ناشناخته است. مرحله دوم یا مرحله دستیابی، با ارتباط رایزنی نظیر ارتباط حمایتی هم‌تا مشخص می‌شود. در این مرحله فرصت همکاری و حل مسأله با حمایت امکان‌پذیر است. افراد سازکارهایی را برای عمل و پذیرش مسئولیت‌ها به کار می‌برند. این مرحله موازی مرحله کودکی است. مرحله سوم یا مرحله همبستگی، متمرکز بر فعالیت‌هایی است که در مواجهه با موانع سخت پیش می‌آید. در این مرحله مهارت‌های بقاء، رهبری و سازمانی توسعه می‌یابد. این مرحله معادل مرحله نوجوانی است. در مرحله چهارم یا مرحله تعهد که موازی مرحله بزرگسالی است، فرد دانش شخصی و مهارت‌های جدید را در زندگی ساختار روزانه خود وارد می‌کند (۱۰).

Schene و Chamberlin توانمندی را داشتن قدرت تصمیم‌گیری، دستیابی به اطلاعات و منابع، احساس امیدواری، یادگیری تفکر انتقادی، احساس تنها نبودن، افزایش تصور مثبت از خود، غلبه بر برچسب‌ها و رشد و تغییری بی‌پایان می‌دانند (۱۱).

Faulkner توانمندی را با یادگیری در حد تسلط و عدم وابستگی مرتبط دانسته و از

توانمندی به عنوان نقطه مقابل ناتوانی نام می‌برد (۱۲).

همان‌گونه که از تعاریف یاد شده برمی‌آید، توانمندی خواه به عنوان مفهومی در سطح فردی و یا مفهومی در سطح ارتباط با بیماری، منجر به رضایت شخصی، خودکارآمدی، مفهوم مثبت از خود، تعریف مجدد سلامتی، اطمینان، مشارکت فعال، تمایل به زندگی، هیجان، هدفمندی، داشتن توان برای کمک به دیگران، احساس تسلط، امیدواری، بهبود کیفیت زندگی و رشد شده و تحت تأثیر حمایت، تصمیم‌گیری مشارکتی، آموزش و مشاوره قرار دارد (۱۱).

تأثیر برجسته حمایت و نقش آموزش، نقش پرستار را در تسهیل فرآیند توانمندی از چشم‌انداز نظریه‌های متعدد پرستاری پر رنگ می‌سازد. به عنوان مثال نظریه توان Barrett بر پیش فرض تغییر پیش‌رونده، آگاهی و باور فرد به توانایی خود در مشارکت فعال در تغییرات مربوط به سلامتی و مراقبت بهداشتی استوار است. Barrett هدف پرستاری را افزایش قدرت مددجو از طریق ایجاد تغییر در محیط می‌داند (۱۳). بنابراین توانمندی مفهومی مؤثر در آموزش، مدیریت، عملکرد و پژوهش پرستاری است که به بهبود مراقبت از خود منجر شده و در این میان نقش پرستاران در تسهیل فرآیند توانمندسازی بیماران انکارناپذیر است (۱۲) زیرا پرستاران به منظور ایفای نقش و مسؤولیت حرفه‌ای خود نیازمند شناخت انتخاب‌ها، نیازها و توانایی‌های بیماران در واقعیت، درک ارتباطات و زمینه اجتماعی آن‌ها هستند، ارایه پرستاری مبتنی بر تفکر توانمندی

نیازمند کسب تجربه و بصیرت در قالب و چهارچوبی مدون است (۱۴).

همچنان که ملاحظه می‌شود، شاکله تعریف‌های توانمندی قایل به مشارکت فعالانه و اتخاذ تصمیم خود فرد یا افراد درگیر با مسأله یا مشکل است. در این راستا یکی از الگوهای بومی مبتنی بر فرهنگ و ساختار جامعه ایرانی اسلامی که متکی بر توانمندسازی واحد بیمار (بیمار، اعضای خانواده و کلیه افرادی که در فرآیند سلامتی/بیماری فرد نقش دارند) می‌باشد، الگوی توانمندسازی خانواده محور است.

الگوی توانمندسازی خانواده محور توسط فاطمه الحانی طی انجام رساله دکتری طراحی شده است. این الگو در مرحله اول از طریق تحقیق کیفی از نوع فراتحلیل پس از مراحل سه گانه کدگذاری، تشکیل و توسعه مفاهیم، مشخص شدن فرایند روانی-اجتماعی و منتج شدن متغیر مرکزی (توانمندسازی خانواده محور)، مراحل طراحی یک مدل کاربردی بومی را طی نمود. در مرحله دوم، آزمون الگو طی یک تحقیق کمی نیمه تجربی برای اولین بار در سال ۱۳۸۲ اجرا شد (۱۵).

هدف الگوی توانمندسازی خانواده محور درگیر کردن آگاهانه بیمار و خانواده‌اش در تصمیم‌گیری برای ارتقای سطح سلامتی است که با تصمیم‌گیری قدرتمندانه و آگاهانه به خودشان کمک کنند تا بر وضعیت سلامتی خودشان کنترل و تغییرات مثبتی را در آن ایجاد کنند. همین مشارکت آگاهانه خانواده و بیمار در فرآیند درمانی مراقبتی یکی از عناصر اصلی تأثیر و ماندگاری تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور است.

مراحل اجرایی الگو شامل چهار گام است:
 ۱- تهدید درک شده از طریق بحث گروهی،
 ۲- ارتقای خودکارآمدی از طریق حل مسأله
 گروهی و نمایش عملی، ۳- افزایش عزت نفس
 (خودباوری) و خودکنترلی از طریق مشارکت
 آموزشی و ۴- ارزشیابی شامل ارزشیابی
 فرآیند و ارزشیابی نهایی (۱۵).

این الگو براساس توانمندکردن خانواده در
 پیگیری، مشارکت و درگیر شدن برای حل
 مشکل بیمار پی‌ریزی شده و گام مؤثری است
 که خانواده را کمک می‌کند تا جهت بهبود
 وضعیت بیمار خود نقش مناسبی را ایفا نماید.
 بنابراین، برای اخذ نتیجه بهتر این احتمال وجود
 دارد که الگوی توانمندسازی خانواده محور
 بتواند به طور هم‌زمان دانش، مهارت، ارزش‌ها
 و اعتقادات، خودباوری و خودکنترلی مددجو و
 خانواده وی را بالا ببرد، تا آنان باور کنند که
 تغییر سبک زندگی به عنوان ارزش محسوب
 می‌شود (۱۶). مروری بر مطالعات صورت
 گرفته با اجرای الگوی توانمندسازی
 خانواده محور حاکی از آن است که تأثیر این
 الگو بر پیامدهای مختلف برای بیماران مزمن
 در ۴۷ مطالعه اجرا شده و نتایج مثبت و
 معناداری داشته است (۶). تعدادی از این
 بیماری‌ها عبارتند از: دیابت، آنمی فقر آهن،
 تالاسمی، مولتیپل اسکروزیس، آسم،
 انفارکتوس قلبی، نارسایی احتقانی قلب، بیماری
 جراحی عروق کرونر، پرفشاری خون،
 بی‌اختیاری استرسی ادرار، بیماران سرطانی
 تحت شیمی درمانی، تب مالت، سکته مغزی،
 آنژین صدری، جراحی استومی، عفونت ادراری،

بیماران همودیالیزی و بیماران نارسایی کلیه
 (۶).

از ۴۷ مطالعه صورت گرفته، تنها در ۲۳
 مطالعه به بررسی تأثیر اجرای الگوی
 توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی
 بیماران مزمن پرداخته شده است. نکته قالب
 تأمل آن است که علی‌رغم بررسی تأثیر الگو بر
 کیفیت زندگی این بیماران، نتایج این مطالعات
 پراکنده بوده و مشخص نیست که تأثیر ادغام
 شده اجرای الگو بر کیفیت زندگی بیماران مزمن
 چگونه است؟ به عبارتی آیا اجرای الگو توانسته
 است که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به
 بیماری‌های مزمن را ارتقا دهد و یا خیر؟
 بنابراین، با عنایت به شیوع گسترده انواع
 بیماری‌های مزمن، مطالعه حاضر با هدف تعیین
 تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر
 کیفیت زندگی بزرگسالان مبتلا به بیماری‌های
 مزمن را انجام یافته است.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک مطالعه مرور
 سیستماتیک و فراتحلیل است که جستجو
 روشمند برای بازیابی مطالعات چاپی و
 غیرچاپی مرتبط با الگوی توانمندسازی خانواده
 محور انجام یافت (۱۷). جهت حفظ تمامی
 مقالات مرتبط محدودیتی از نظر زمان و زبان
 چاپ مقالات در نظر گرفته نشد. راهبرد جستجو
 بر اساس فرمول PICO و به قرار زیر تنظیم
 شد: P: بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن؛ I:
 اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور؛ C:
 بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن که اجرای

عبارت «توانمندسازی خانواده محور» و انگلیسی زبان عبارت « Family centered empowerment» جستجو شد. در انتخاب کلیدواژگان امکان استفاده از واژگان و عبارات هم‌معنا و هم‌ارز Mesh فراهم نبود زیرا عبارت «الگوی توانمندسازی خانواده محور» عبارتی مرکب است که هنوز در Mesh وارد نشده است (نمودار شماره ۱). به منظور افزایش غنای مقالات بازیابی شده، علاوه بر جستجوی الکترونیکی پایگاه‌های یاد شده، محققان با حضور در مراکز و دانشگاه‌هایی که در ادامه آمده است، به جستجو در بین مقالات و پایان‌نامه‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، ایران، شهید بهشتی، بهزیستی، تربیت مدرس، مشهد، تبریز، اصفهان، شیراز و یزد پرداختند که انتخاب مراکز و دانشگاه‌ها براساس توان محققان و امکان انجام آن بود که در نمودار شماره ۱ با برچسب «سایرین» مشخص شده است. جهت اطمینان از بازیابی کلیه مقالات قابل استفاده فهرست منابع مقالات بازیابی شده نیز مورد جستجو قرار گرفت (نمودار شماره ۱). به منظور سازمان‌دهی مطالعات از نرم‌افزار مدیریت منابع اطلاعاتی Thomson Endnote (Reuters, X7.5, Bld 9325) استفاده شد. کلیدواژگان مورد استفاده در پایگاه‌های یاد شده عبارت بودند از:

Scopus: TITLE-ABS-KEY ("family centered empowerment"); Web of science: TOPIC: ("family centered empowerment"); Pub med: "family centered empowerment"[Title/Abstract]; Proquest: ab ("family centered empowerment"); Google scholar: "family centered empowerment"; Sciencedirect: TITLE-ABS-KEY ("family centered empowerment").

مداخله برای آن‌ها صورت نگرفته باشد و O کیفیت زندگی.

جامعه پژوهش کلیه مقالات داخلی و خارجی بود که از الگوی توانمندسازی خانواده محور استفاده کرده بودند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از ۱- کلیه مطالعاتی که به بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بزرگسالان پرداخته بودند و ۲- امکان دسترسی به نمرات کیفیت زندگی برای ورود به تحلیل بود. معیار خروج از مطالعه استفاده از سایر بسته‌ها، برنامه‌ها و الگوهای توانمندسازی بود که ویژگی‌های گام‌های اجرایی چهارگانه و مفاهیم اختصاصی مورد بررسی «الگوی توانمندسازی خانواده محور» را نداشتند. همچنین، مقالات مروری و نامه به سردبیر به علت عدم استفاده از داده‌های اولیه و ارایه شفاهی یا پوستر مقالات در صورت عدم دسترسی به اصل مقاله و اطلاعات روش‌شناسی مقاله از مطالعه حذف شد. جستجو در پایگاه‌های فارسی زبان اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، اطلاعات نشریات کشور، سامانه دانش گستر برکت و پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران و انگلیسی زبان Pub med, Web of science, Scopus, Science direct و Proquest انجام یافت. موتور جستجوی Google scholar به صورت انگلیسی و فارسی به جهت افزایش غنای تعداد مقالات بازیابی شده و همچنین این که خواستگاه «الگوی توانمندسازی خانواده محور» یک مدل ایرانی است، جستجو شد. برای یافتن مقالات مرتبط در پایگاه‌های فارسی زبان

Google scholar : توانمندسازی خانواده محور؛ Iran Doc : توانمندسازی خانواده محور؛ Iran Medex : توانمندسازی خانواده محور؛ Mag Iran : توانمندسازی خانواده محور؛ SID: توانمندسازی خانواده محور.

پس از جستجوی اولیه مطالعات بازیابی شده، مطالعات با توجه به معیارهای ورود انتخاب شدند تا به مطالعاتی رسیدیم که شرایط ورود به مطالعه حاضر را داشتند. در فرآیند انتخاب مطالعات، نوع بیماری مدنظر نبود، زیرا تمام بیماران مزمن که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، وارد مطالعه شدند. روند کار بدین صورت بود که ابتدا تمامی مطالعاتی که الگوی توانمندسازی خانواده محور را به عنوان مداخله استفاده کرده بودند، بازیابی شدند، سپس از بین مطالعات بازیابی شده، مطالعات الگوی توانمندسازی خانواده محور که پیامد و یا یکی از پیامدهای آن کیفیت زندگی بود، انتخاب و وارد مرحله تحلیل شدند.

کیفیت مقالات نهایی شده توسط سه محقق ارزیاب با تجربه در زمینه پژوهش‌های مرور سیستماتیک و فراتحلیل به طور جداگانه مورد بررسی قرار گرفت. سپس در یک جلسه مشترک نتایج به بحث و بررسی گذاشته شد و در مواردی که اختلاف نظر وجود داشت، بحث و بررسی تاحدی ادامه یافت که توافق نهایی

بین سه محقق ارزیاب حاصل شد. به منظور بررسی کیفیت مقالات از مقیاس Cochrane Risk of Bias (دسته‌بندی مطالعات براساس خطر سوگیری پایین، بالا و نامشخص) استفاده شد (۶). برآورد اندازه اثر در بررسی تفاوت بین دو گروه آزمون و شاهد براساس شاخص SMD برای تمام هشت بعد پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 در تحلیل فراتحلیل توسط دستور Metan در نرم‌افزار STATA11 انجام گرفت. آزمون آماری کوکران (Q-Test) و شاخص‌های I^2 جهت بررسی ناهمگنی بین مطالعات استفاده شد. سطح معناداری کمتر از ۰/۱ در این آزمون به عنوان وجود ناهمگنی بین مطالعات در نظر گرفته شد. جهت بیان تفاوت بین دو گروه از شاخص SMD استفاده و مقدار مثبت این شاخص و سطح معناداری کمتر از ۰/۵ معرف اثر افزایشی مداخله انجام یافته در نظر گرفته شد. در پژوهش حاضر احتمال سوگیری در انتشار توسط Funnel Plot و بر مبنای آزمون آماری Begg و دستور Metabias انجام گرفت. سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در این آزمون نشان از وجود تورش انتشار در مطالعه داشت. شاخص‌های مرتبط با تک تک مطالعات و مقدار ادغام شده آن توسط نمودار Forest Plot برای هر کدام از ابعاد کیفیت زندگی گزارش شد.



یافته‌ها

حاصل جستجوی اولیه متون 644 مقاله بود که با توجه به راهنمای انتخاب PRISMA، این تعداد مقاله بازیابی شده به 47 مورد کاهش یافت. از 47 مقاله نهایی شده که الگوی توانمندسازی خانواده محور را به عنوان مداخله به کار برده بودند، 23 مطالعه پیامد و یا یکی از پیامدهای آن کیفیت زندگی بود که از

این تعداد، تنها 9 مطالعه از ابزار سنجش کیفیت زندگی SF-36 استفاده کرده بودند. از 9 مطالعه باقی‌مانده، یک مطالعه (رضانیان و همکاران) به دلیل جمع‌آوری اطلاعات صرفاً ابعاد جسمی و عدم ارایه داده‌های این بعد برای ورود به تحلیل از طرف تیم تحقیق، حذف شد. لیست 15 مطالعه حذف شده در جدول شماره یک ارایه شده است (جدول شماره 1).

جدول ۱- اطلاعات مطالعات حذف شده مرحله نهایی

نویسندگان (سال)	نوع پژوهش	هدف (تأثیر کاربرد مدل بر.....)	روش نمونه‌گیری	ویژگی نمونه‌ها	روش جمع‌آوری اطلاعات	نتیجه‌گیری
روشن و همکاران (۱۳۹۲) ^(۱۸)	نیمه تجربی دوگروهی	کیفیت زندگی	مبتنی بر هدف و تخصیص تصادفی	۱۰ مادر دختر نوجوان مبتلا به کم خونی فقر آهن	فرم کوتاه پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی	آمیانگین نمره کیفیت زندگی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
الله یاری و همکاران (۱۳۸۵) ^(۱۹)	نیمه تجربی دوگروهی	کیفیت زندگی	سرشماری و تخصیص تصادفی	۵۰ کودک مبتلا به تالاسمی	پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی عمومی و کیفیت زندگی بعد تالاسمی	آمیانگین نمره کیفیت زندگی عمومی و کیفیت زندگی بعد تالاسمی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
تیموری و همکاران (۱۳۹۰) ^(۲۰)	نیمه تجربی دوگروهی	کیفیت زندگی	خوشه‌ای تصادفی و تخصیص تصادفی	۶۰ کودک مبتلا به آسم و والدین آن‌ها	پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی عمومی و آسم کودک	آمیانگین نمره کیفیت زندگی عمومی و کیفیت زندگی بعد آسم در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
مسعودی و همکاران (۱۳۹۱) ^(۲۱)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	کیفیت زندگی و خودکارآمدی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۷۰ مراقب خانوادگی بیمار مولتیپل اسکلروزیس	چک لیست خودکارآمدی، پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی آنالوگ تصویری و پرسشنامه سنجش خودکارآمدی	آمیانگین نمرات کیفیت زندگی و خودکارآمدی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
رجبی و همکاران (۱۳۹۲) ^(۲۲)	نیمه تجربی دوگروهی	کیفیت زندگی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۱۷۲ کودک مبتلا به آسم	پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی کودکان مبتلا به آسم (PAQLA)	آمیانگین نمرات کیفیت زندگی کودکان مبتلا به آسم در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
روشن و همکاران (۱۳۹۲) ^(۲۳)	نیمه تجربی دوگروهی	کیفیت زندگی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۶۰ دختر نوجوان مبتلا به کم خونی فقر آهن	پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی اختصاصی نوجوانان (KIDSCREEN-52)	آمیانگین نمره کیفیت زندگی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
تیموری و همکاران (۱۳۹۲) ^(۲۴)	نیمه تجربی دوگروهی	کیفیت زندگی والدین	خوشه‌ای تصادفی و تخصیص تصادفی	۶۰ نفر از والدین کودکان مبتلا به آسم	پرسشنامه‌های سنجش دانش، خودکارآمدی، عزت نفس و کیفیت زندگی SF-12	آمیانگین نمرات دانش، خودکارآمدی، عزت نفس و کیفیت زندگی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
خسروان و همکاران (۱۳۹۲) ^(۲۵)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	کیفیت زندگی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۶۴ زن مبتلا به بی‌اختیاری استرسی ادرار	پرسشنامه‌های سنجش کیفیت زندگی بیمار مبتلا به بی‌اختیاری ادرار، دانش، عزت نفس و رفتارهای بهداشتی	آمیانگین نمرات کیفیت زندگی بیمار مبتلا به بی‌اختیاری ادرار، دانش، عزت نفس و رفتارهای بهداشتی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
شیروانی و همکاران (۱۳۹۶) ^(۲۶)	نیمه تجربی دوگروهی	مقیاس‌های عملکردی کیفیت زندگی	مبتنی بر هدف و تخصیص تصادفی	۷۰ زن مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی	پرسشنامه‌های سنجش کیفیت زندگی عمومی مبتلایان به سرطان و کیفیت زندگی اختصاصی مبتلایان به سرطان پستان	آمیانگین نمرات مقیاس‌های عملکرد عمومی (جسمانی، نقش، ذهنی، احساسی و اجتماعی) و بعد نگرش به آینده مقیاس عملکرد اختصاصی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد و عدم تفاوت معنادار در ابعاد تصویر بینی، عملکرد جنسی و لذت جنسی از مقیاس‌های عملکرد اختصاصی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
فرزانی و همکاران (۱۳۹۶) ^(۲۷)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	کیفیت زندگی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۹۰ بیمار سالمند مبتلا به آرتروز صدری	پرسشنامه‌های تخصصی مدل توانمندسازی خانواده محور و پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی آرتروز سیاتل	آمیانگین نمره کیفیت زندگی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
رمضانیان و همکاران (۱۳۹۲) ^(۲۸)	نیمه تجربی دوگروهی	کیفیت زندگی	مبتنی بر هدف و تخصیص تصادفی	۶۰ مادر با کودک مبتلا به عفونت ادراری	پرسشنامه‌های تخصصی مدل توانمندسازی خانواده محور و پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36	آمیانگین نمره کل کیفیت زندگی و ۸ زیرمقیاس آن در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
برهانی و همکاران (۱۳۹۰) ^(۲۹)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	کیفیت زندگی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۸۶ کودک مبتلا به تالاسمی	پرسشنامه عمومی سنجش کیفیت زندگی کودکان	آمیانگین نمره کل کیفیت زندگی و ۳ زیرمقیاس جسمی، عاطفی و اجتماعی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
سرگزی و همکاران (۱۳۹۶) ^(۳۰)	نیمه تجربی دوگروهی	کیفیت زندگی و خودکارآمدی	مبتنی بر هدف و تخصیص تصادفی	۵۰ نوجوان مبتلا به دیابت تیپ یک	پرسشنامه خودکارآمدی در مدیریت دیابت و کیفیت زندگی نوجوانان دیابتی	آمیانگین نمرات خودکارآمدی و کیفیت زندگی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
پاشایی و همکاران (۱۳۹۵) ^(۳۱)	نیمه تجربی دوگروهی	مقیاس‌های عملکردی کیفیت زندگی	مبتنی بر هدف و تخصیص تصادفی	۷۰ زن مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی	پرسشنامه‌های سنجش کیفیت زندگی عمومی مبتلایان به سرطان و کیفیت زندگی اختصاصی مبتلایان به سرطان پستان	آمیانگین نمرات مقیاس‌های عملکرد عمومی (جسمانی، نقش، ذهنی، احساسی و اجتماعی) و بعد نگرش به آینده مقیاس عملکرد اختصاصی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد و عدم تفاوت معنادار در ابعاد تصویر بینی، عملکرد جنسی و لذت جنسی از مقیاس‌های عملکرد اختصاصی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
میونوی و همکاران (۱۳۹۵) ^(۳۲)	نیمه تجربی دوگروهی	کیفیت زندگی	تصادفی ساده و تخصیص تصادفی	۶۸ کودک مبتلا به نارسایی کلیه	پرسشنامه کیفیت زندگی کودک مبتلا به نارسایی کلیه	آمیانگین نمره کل کیفیت زندگی و دو زیرمقیاس جسمی و روانی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد

طور مجزا و در مقایسه با گروه شاهد وارد فراتحلیل شدند.

مطالعات نهایی شده از حیث نویسندگان، سال انجام، نوع پژوهش به همراه تعداد گروه‌های مورد مطالعه، هدف از اجرای پژوهش، روش نمونه‌گیری، ویژگی‌های نمونه‌های پژوهش از حیث تعداد افراد و نوع بیماری، روش جمع‌آوری اطلاعات و نتیجه‌گیری نهایی اجرای مدل طبقه‌بندی و مرور شدند (جدول شماره ۲).

از ۸ مقاله باقی‌مانده، تعداد مقالات وارد شده به تفکیک هر پایگاه عبارتند از: ۳ مقاله از پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، ۲ مقاله از پایگاه اطلاعات نشریات کشور، ۱ مقاله از پایگاه Pubmed، ۱ مقاله از پایگاه Web of science و ۱ مقاله از پایگاه Scopus. لازم به ذکر است که مطالعه نوری و همکاران و قاسمی و همکاران هر کدام دو گروه مداخله داشتند؛ هر دو گروه مداخله به

جدول ۲- اطلاعات مطالعات منتخب

نویسندگان (سال)	نوع پژوهش	هدف (تأثیر کاربرد الگو بر)	روش نمونه‌گیری	ویژگی نمونه‌ها	روش جمع‌آوری اطلاعات	نتیجه‌گیری
مسعودی و همکاران (۱۳۸۹) (۲۳)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	کیفیت زندگی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۶۰ بیمار سالمند	پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی SF-36	↑ میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
ریبعی و همکاران (۱۳۹۱) (۲۴)	نیمه تجربی دوگروهی	خودکارآمدی، تهدید درک شده، عزت نفس و کیفیت زندگی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۶۴ سالمند	پرسشنامه‌های سنجش عزت نفس، تهدید درک شده، خودکارآمدی و کیفیت زندگی SF-36	↑ میانگین نمرات تهدید درک شده، عزت نفس و کیفیت زندگی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد و عدم تفاوت معنادار میانگین نمرات خودکارآمدی علی‌رغم افزایش میانگین نمرات آن در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد
نوری و همکاران (۱۳۹۴) (۳۵)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	کیفیت زندگی و فشارخون	طبقه‌ای و تخصیص تصادفی	۱۲۰ بیمار مبتلا به پرفشاری خون	چک لیست ثبت فشارخون و پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی SF-36	↑ میانگین نمره کیفیت زندگی و ↓ میزان فشارخون سیستولیک و دیاستولیک در گروه آزمون نسبت به شاهد
واحدیان و همکاران (۱۳۹۴) (۳۶)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	کیفیت زندگی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۷۲ بیمار مبتلا به انفارکتوس قلبی	پرسشنامه‌های تخصصی الگوی توانمندسازی خانواده محور و پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36	↑ میانگین نمره کل کیفیت زندگی و ۸ زیرمقیاس آن در گروه آزمون نسبت به شاهد
صالحی و همکاران (۱۳۹۱) (۳۷)	نیمه تجربی دوگروهی	کیفیت زندگی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۹۹ بیمار تحت درمان با همدیالیز	پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی SF-36	↑ میانگین نمره کل کیفیت زندگی و ۶ زیرمقیاس آن در گروه آزمون نسبت به شاهد
کریمی و همکاران (۱۳۸۸) (۳۸)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	کیفیت زندگی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۶۲ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس	پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی SF-36	↑ میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه آزمون نسبت به شاهد
قاسمی و همکاران (۱۳۹۳) (۳۹)	کارآزمایی بالینی سه‌گروهی	حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۱۹۰ فرد و ۹۵ عضو خانواده فرد مصرف‌کننده متامفتامین	پرسشنامه استاندارد سنجش حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی SF-36	↑ میانگین نمرات حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در دو گروه آزمون نسبت به شاهد و ارتباط مثبت معنادار بین حمایت اجتماعی با تمام ابعاد کیفیت زندگی در سه گروه
واحدیان و همکاران (۱۳۹۵) (۴۰)	کارآزمایی بالینی دوگروهی	کیفیت زندگی، استرس درک شده و اضطراب صفتی و موقعیتی	در دسترس و تخصیص تصادفی	۷۰ بیمار مبتلا به انفارکتوس قلبی و عضو خانواده آن‌ها	پرسشنامه‌های تخصصی مدل توانمندسازی خانواده محور، کیفیت زندگی SF-36، استرس درک شده، اضطراب صفتی و موقعیتی	↑ میانگین نمرات استرس درک شده و کیفیت زندگی و ↓ اضطراب صفتی و موقعیتی در گروه آزمون نسبت به شاهد

مطالعه در پنج حیطه تورش خطر سوگیری پایین داشت و سایر مطالعات در خصوص چهار حیطه سوگیری انتخاب، عملکرد، گزارش و انواع سوگیری، خطر سوگیری نامشخص داشتند (جدول شماره ۳).

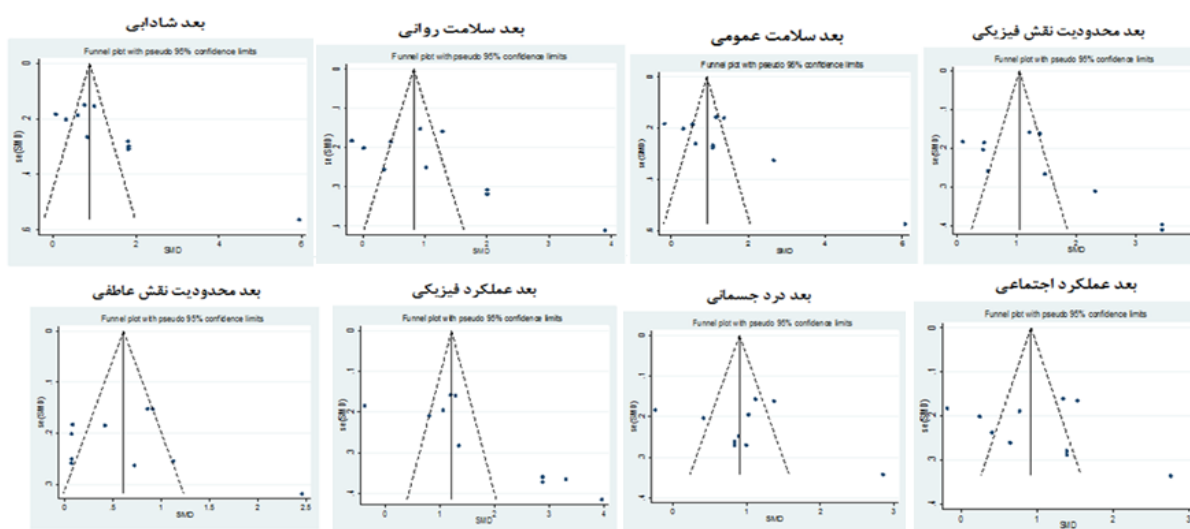
کیفیت چاپ مقالات برای ورود به فراتحلیل توسط مقیاس کوکران بررسی شد. نتایج مقیاس ارزیابی کیفیت مقالات در جدول شماره ۳ ارائه شده است. با توجه به مقیاس ارزیابی کوکران، تنها یک

جدول ۳- ارزیابی کیفیت مقالات با استفاده از مقیاس Cochrane Risk of Bias Tool (انواع تورش)

مقیاس Cochrane Risk of Bias Tool (انواع تورش)						نویسندگان (سال)
سایر انواع تورش	تورش ریزش	تورش گزارش	تورش عملکرد		تورش انتخاب	
			کورسازی پیامد	کورسازی نمونه	پنهان سازی تصادفی	تولیدتوالی تصادفی
نامشخص	پایین	نامشخص	نامشخص	نامشخص	نامشخص	مسعودی و همکاران (۱۳۸۹) (۳۳)
نامشخص	پایین	نامشخص	نامشخص	نامشخص	نامشخص	ربیعی و همکاران (۱۳۹۱) (۳۴)
نامشخص	پایین	نامشخص	نامشخص	نامشخص	نامشخص	نوری و همکاران (۱۳۹۴) (۳۵)
نامشخص	پایین	نامشخص	نامشخص	نامشخص	پایین	واحدیان و همکاران (۱۳۹۴) (۳۶)
نامشخص	پایین	نامشخص	نامشخص	نامشخص	نامشخص	صالحی و همکاران (۱۳۹۱) (۳۷)
نامشخص	پایین	نامشخص	نامشخص	نامشخص	نامشخص	کریمی و همکاران (۱۳۸۸) (۳۸)
نامشخص	پایین	نامشخص	نامشخص	نامشخص	نامشخص	قاسمی و همکاران (۱۳۹۳) (۳۹)
پایین	پایین	پایین	پایین	پایین	پایین	واحدیان و همکاران (۱۳۹۵) (۴۰)

شناسایی علت ناهمگنی در این مطالعات به دلیل عدم امکان استخراج شاخص‌های احتمالی ناهمگنی وجود نداشت بنابراین، استفاده از روش تصادفی در برآورد اثر ترکیب شده تاحدودی مشکل ناهمگونی را مرتفع ساخته است. با وجود این، نتایج مطالعه حاضر باید با احتیاط و ملاحظه بررسی، تفسیر و به کار گرفته شود.

نتایج سوگرایی انتشار (شکل شماره ۱)، اطلاعات ناهمگنی و تفاوت ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی بین دو گروه آزمون و شاهد به تفکیک هر بعد در زیر گزارش شده است. با توجه به این که شاخص ناهمگونی مطالعات در برخی ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی بالای ۹۰٪ گزارش شده است و امکان انجام تحلیل متارگرسیون برای



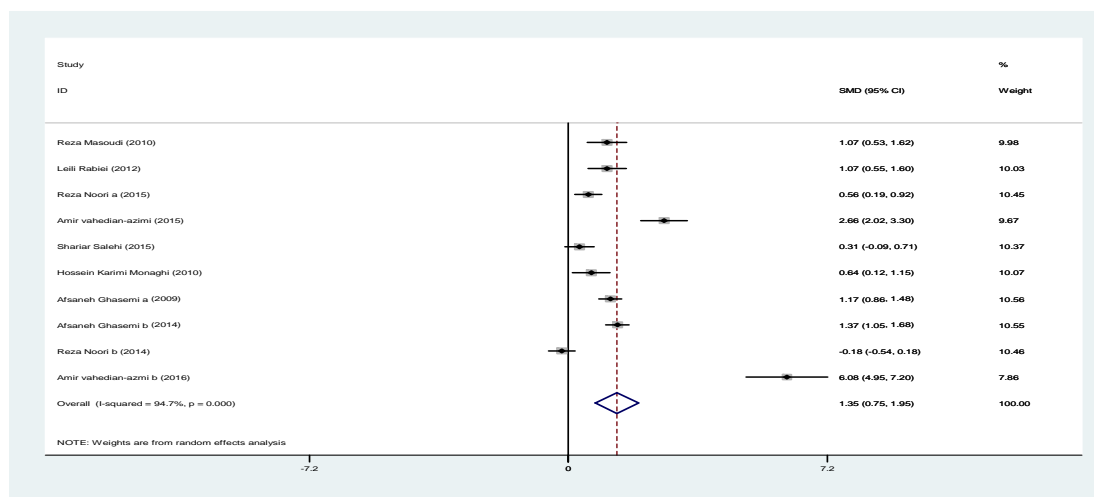
شکل ۱- سوگرایی در انتشار هشت بعد کیفیت زندگی را نشان می‌دهد

بعد سلامت عمومی

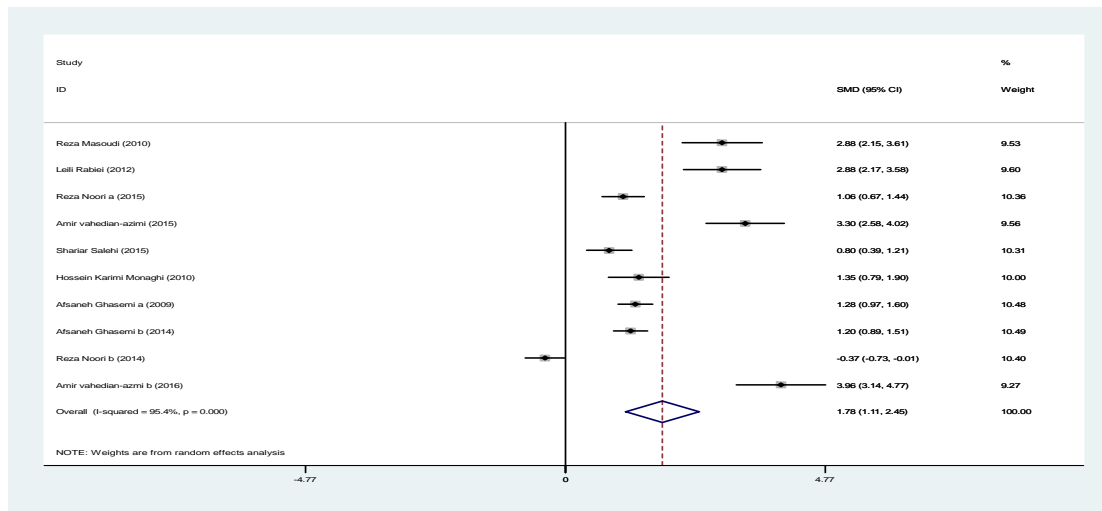
براساس نتایج آزمون کوکران برای بررسی ناهمگنی ($DF=9, p=<0.001$) و شاخص ($Chi^2=170.68, Chi\text{-squared}$) به منظور برآورد تفاوت تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بین دو گروه آزمون و شاهد از مدل اثرات تصادفی استفاده شد. نتایج این مدل نشان داد که تفاوت بین دو گروه با $Pooled\ SMD=1.35$ (۹۵٪ CI: ۰/۷۵۳-۱/۹۵۲) معنادار بوده است. این بدان معنی است که اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور توانسته است به طور معناداری بعد سلامت عمومی از کیفیت زندگی را در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد افزایش دهد (جدول شماره ۴؛ شکل شماره ۲). نتایج آزمون Begg با $Z=1.052$ و مقدار معناداری ۰/۱۲۸ نشان داد که تورش انتشار در این بعد از کیفیت زندگی وجود ندارد.

بعد عملکرد فیزیکی

براساس نتایج آزمون کوکران برای بررسی ناهمگنی ($DF=9, p=<0.001$) و شاخص ($Chi^2=197.02, Chi\text{-squared}$) به منظور برآورد تفاوت تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بین دو گروه آزمون و شاهد از مدل اثرات تصادفی استفاده شد. نتایج این مدل نشان داد که تفاوت بین دو گروه با $Pooled\ SMD=1.781$ (۹۵٪ CI: ۱/۱۰۷-۲/۴۵۴) معنادار بوده است. این بدان معنی است که اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور توانسته است به طور معناداری بعد عملکرد فیزیکی از کیفیت زندگی را در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد افزایش دهد (جدول شماره ۴؛ شکل شماره ۳). نتایج آزمون Begg با $Z=2.24$ و مقدار معناداری ۰/۰۵۲ نشان داد که تورش انتشار در این بعد از کیفیت زندگی وجود ندارد.



شکل ۲- تفاوت نمره بعد سلامت عمومی از کیفیت زندگی بین دو گروه آزمون و شاهد را نشان می‌دهد

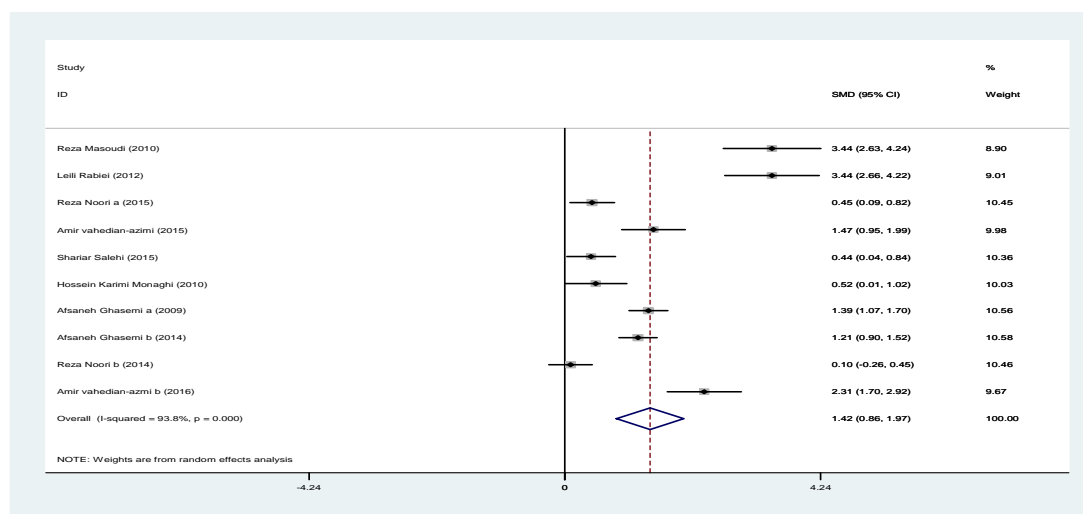


شکل ۳- تفاوت نمره بعد عملکرد فیزیکی از کیفیت زندگی بین دو گروه آزمون و شاهد را نشان می‌دهد

بعد محدودیت نقش فیزیکی
براساس نتایج آزمون کوکران برای
بررسی ناهمگنی ($p < .001$, $DF=9$, $Chi^2=145/35$, $Chi\text{-squared}$
 $I^2=93/8\%$ ، به منظور برآورد تفاوت تأثیر
الگوی توانمندسازی خانواده محور بین دو
گروه آزمون و شاهد از مدل اثرات تصادفی
استفاده شد. نتایج این مدل نشان داد که تفاوت
بین دو گروه با $(95\%CI: 0/859-1/972)$

بدان معنی است که اجرای الگوی توانمندسازی
خانواده محور توانسته است به طور معناداری
بعد محدودیت نقش فیزیکی از کیفیت زندگی را
در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد افزایش
دهد (جدول شماره ۴؛ شکل شماره ۴). نتایج
آزمون Begg با $Z=2/24$ و مقدار معناداری
 $0/052$ نشان داد که تورش انتشار در این بعد
از کیفیت زندگی وجود ندارد.

براساس نتایج آزمون کوکران برای
بررسی ناهمگنی ($p < .001$, $DF=9$, $Chi^2=145/35$, $Chi\text{-squared}$
 $I^2=93/8\%$ ، به منظور برآورد تفاوت تأثیر
الگوی توانمندسازی خانواده محور بین دو
گروه آزمون و شاهد از مدل اثرات تصادفی
استفاده شد. نتایج این مدل نشان داد که تفاوت
بین دو گروه با $(95\%CI: 0/859-1/972)$

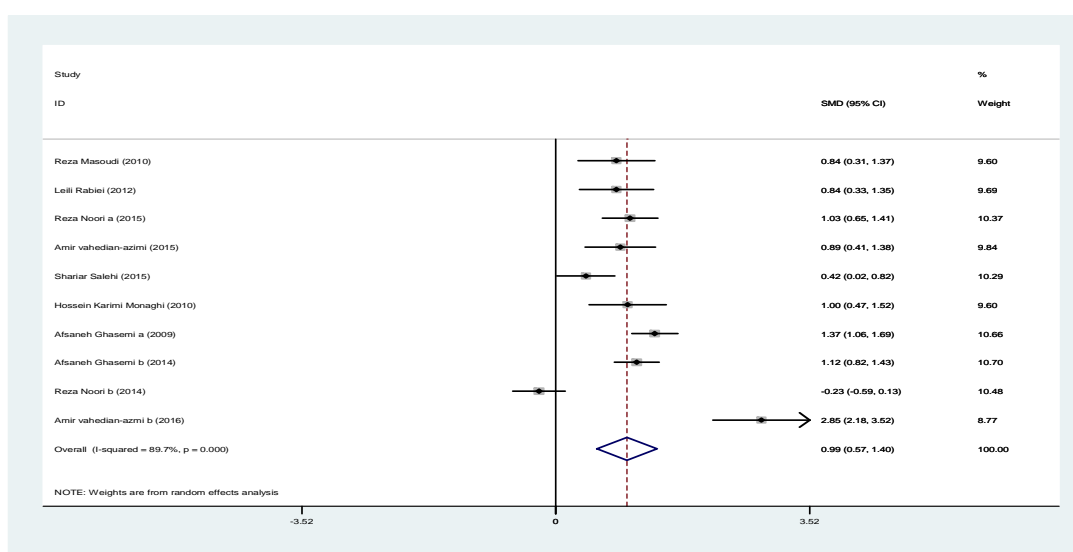


شکل ۴- تفاوت نمره بعد محدودیت نقش فیزیکی از کیفیت زندگی بین دو گروه آزمون و شاهد را نشان می‌دهد

بعد درد جسمانی

براساس نتایج آزمون کوکران برای بررسی ناهمگنی ($p < .001$)، $DF=9$ ، $Chi^2=87/64$ ، $Chi\text{-squared}$ و شاخص $I^2=89/7\%$ ، به منظور برآورد تفاوت تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بین دو گروه آزمون و شاهد از مدل اثرات تصادفی استفاده شد. نتایج این مدل نشان داد که تفاوت بین دو گروه با $(95\%CI: 0/572-1/402)$

$Pooled\ SMD=0/987$ معنادار بوده است. این بدان معنی است که اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور توانسته است به طور معناداری بعد درد جسمانی از کیفیت زندگی را در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد افزایش دهد (جدول شماره ۴؛ شکل شماره ۵). نتایج آزمون Begg با $Z=0/27$ و مقدار معناداری $0/778$ نشان داد که تورش انتشار در این بعد از کیفیت زندگی وجود ندارد.

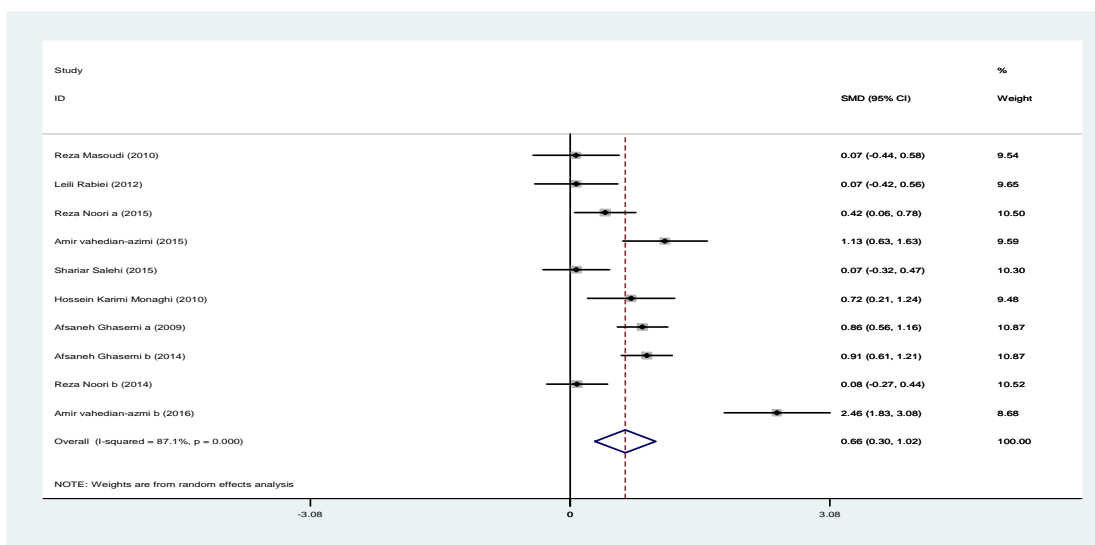


شکل ۵- تفاوت نمره بعد درد جسمانی از کیفیت زندگی بین دو گروه آزمون و شاهد را نشان می‌دهد

بعد محدودیت نقش عاطفی

بر اساس نتایج آزمون کوکران برای بررسی ناهمگنی ($p < .001$)، $DF=9$ ، $Chi^2=70/02$ ، $Chi\text{-squared}$ و شاخص $I^2=87/1\%$ ، به منظور برآورد تفاوت تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بین دو گروه آزمون و شاهد از مدل اثرات تصادفی استفاده شد. نتایج این مدل نشان داد که تفاوت بین دو گروه با $(95\%CI: 0/296-1/017)$

$Pooled\ SMD=0/656$ معنادار بوده است. این بدان معنی است که اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور توانسته است به طور معناداری بعد محدودیت نقش عاطفی از کیفیت زندگی را در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد افزایش دهد (جدول شماره ۴؛ شکل شماره ۶). نتایج آزمون Begg با $Z=0/80$ و مقدار معناداری $0/421$ نشان داد که تورش انتشار در این بعد از کیفیت زندگی وجود ندارد.

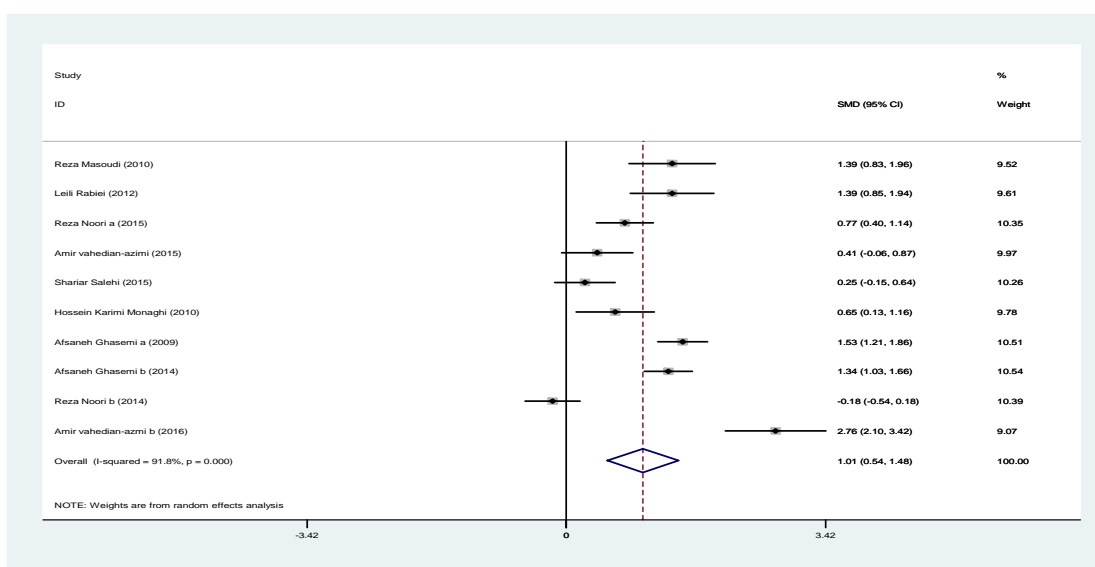


شکل ۶- تفاوت نمره بعد محدودیت نقش عاطفی از کیفیت زندگی بین دو گروه آزمون و شاهد را نشان می‌دهد

بعد عملکرد اجتماعی

براساس نتایج آزمون کوکران برای بررسی ناهمگنی ($p < 0.001$ ، $DF=9$ ، $Chi^2=109/94$ ، $Chi\text{-squared}$) و شاخص $I^2=91/8\%$ ، به منظور برآورد تفاوت تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بین دو گروه آزمون و شاهد از مدل اثرات تصادفی استفاده شد. نتایج این مدل نشان داد که تفاوت بین دو گروه با $(95\%CI: 0/542-1/477)$

Pooled $SMD=1/010$ معنادار بوده است. این بدان معنی است که اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور توانسته است به طور معناداری بعد عملکرد اجتماعی از کیفیت زندگی را در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد افزایش دهد (جدول شماره ۴؛ شکل شماره ۷). نتایج آزمون Begg با $Z=0/80$ و مقدار معناداری $0/421$ نشان داد که تورش انتشار در این بعد از کیفیت زندگی وجود ندارد.

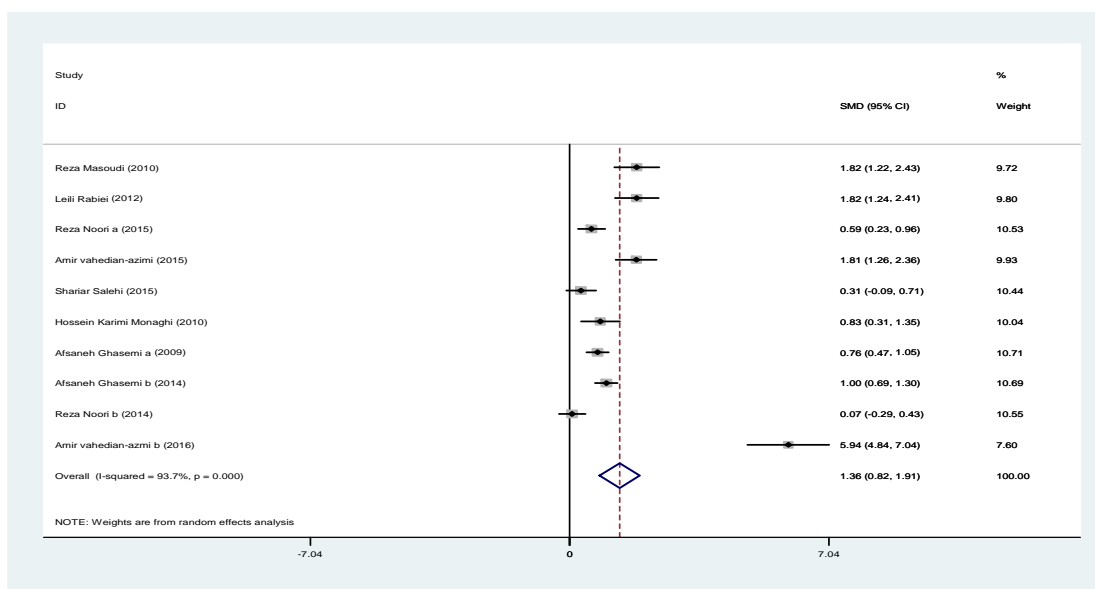


شکل ۷- تفاوت نمره بعد عملکرد اجتماعی از کیفیت زندگی بین دو گروه آزمون و شاهد را نشان می‌دهد

بعد شادابی

براساس نتایج آزمون کوکران برای بررسی ناهمگنی ($p < 0.001$)، $DF=9$ ، $Chi^2=142/33$ ، $Chi\text{-squared}$ و شاخص $I^2=93/7\%$ ، به منظور برآورد تفاوت تأثیر مدل توانمندسازی خانواده محور بین دو گروه آزمون و شاهد از مدل اثرات تصادفی استفاده شد. نتایج این مدل نشان داد که تفاوت بین دو گروه با $(95\%CI: 0/817-1/906)$ متفاوت است.

Pooled SMD=1/361 معنادار بوده است. این بدان معنی است که اجرای مدل توانمندسازی خانواده محور توانسته است به طور معناداری بعد شادابی از کیفیت زندگی را در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد افزایش دهد (جدول شماره ۴؛ شکل شماره ۸). نتایج آزمون Begg با $Z=2/06$ و مقدار معناداری $0/080$ نشان داد که تورش انتشار در این بعد از کیفیت زندگی وجود ندارد.

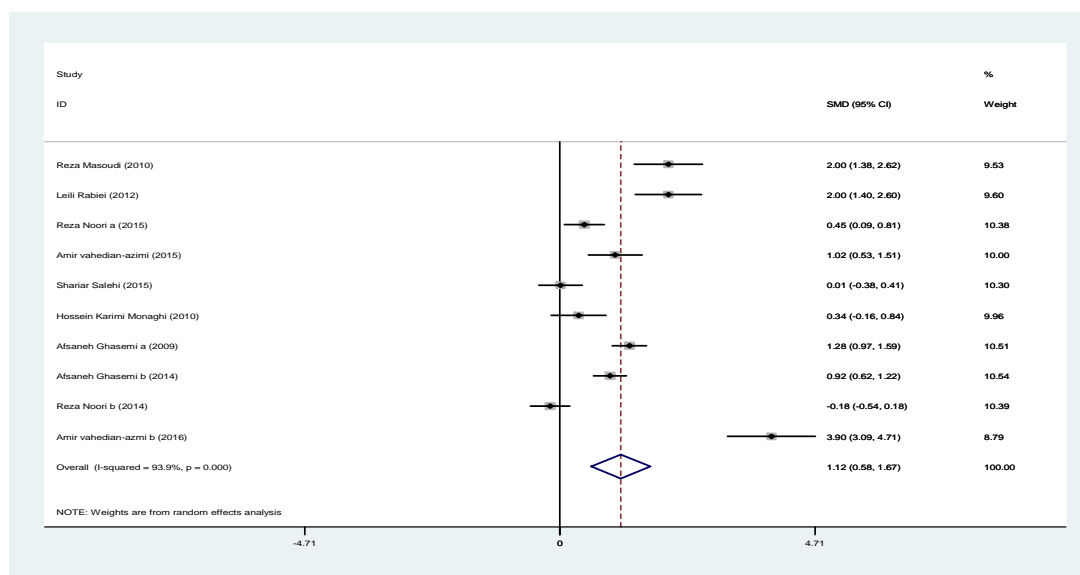


شکل ۸- تفاوت نمره بعد شادابی از کیفیت زندگی بین دو گروه آزمون و شاهد را نشان می‌دهد

بعد سلامت روانی

براساس نتایج آزمون کوکران برای بررسی ناهمگنی ($p < 0.001$)، $DF=9$ ، $Chi^2=147/50$ ، $Chi\text{-squared}$ و شاخص $I^2=93/9\%$ ، به منظور برآورد تفاوت تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بین دو گروه آزمون و شاهد از مدل اثرات تصادفی استفاده شد. نتایج این مدل نشان داد که تفاوت بین دو گروه با $(95\%CI: 0/577-1/668)$ متفاوت است.

Pooled SMD=1/122 معنادار بوده است. این بدان معنی است که اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور توانسته است به طور معناداری بعد سلامت روانی از کیفیت زندگی را در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد افزایش دهد (جدول شماره ۴؛ شکل شماره ۹). نتایج آزمون Begg با $Z=1/88$ و مقدار معناداری $0/060$ نشان داد که تورش انتشار در این بعد از کیفیت زندگی وجود ندارد.



شکل ۹- تفاوت نمره بعد سلامت روان از کیفیت زندگی بین دو گروه آزمون و شاهد را نشان می‌دهد

جدول ۴- اطلاعات ناهمگنی و شاخص‌های تأثیر ابعاد ۸ گانه کیفیت زندگی بین دو گروه آزمون و شاهد

Z (p-value)	I ²	Z (p-value)	Tau	فاصله اطمینان	نمره SMD	ابعاد کیفیت زندگی	
(<0.001) 170/78	٪94/7	(<0.001) 4/42	0/86	0/702 - 1/902	1/302	سلامت عمومی	بعد فیزیکی
(<0.001) 197/02	٪90/4	(<0.001) 5/18	1/1007	1/107 - 2/404	1/781	عملکرد فیزیکی	
(<0.001) 145/35	٪93/8	(<0.001) 4/99	0/736	0/809 - 1/972	1/416	محدودیت نقش فیزیکی	
(<0.001) 87/64	٪89/7	(<0.001) 4/66	0/394	0/572 - 1/402	0/987	درد جسمانی	
(<0.001) 70/02	٪87/1	(<0.001) 3/57	-0/288	0/296 - 1/017	0/606	محدودیت نقش عاطفی	بعد روانی
(<0.001) 109/94	٪91/8	(<0.001) 4/23	0/513	0/542 - 1/477	1/010	عملکرد اجتماعی	
(<0.001) 142/22	٪93/7	(<0.001) 4/90	0/697	0/817 - 1/906	1/361	شادابی	
(<0.001) 147/50	٪93/9	(<0.001) 4/02	0/711	0/577 - 1/668	1/122	سلامت روانی	

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بزرگسالان مبتلا به بیماری‌های مزمن انجام شد. نتایج فراتحلیل نشان داد که اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور در چهار بعد فیزیکی (سلامت عمومی، عملکرد فیزیکی، محدودیت نقش فیزیکی و درد جسمانی) و چهار بعد روانی (محدودیت نقش عاطفی، عملکرد اجتماعی، شادابی و سلامت روانی) مؤثر بوده است. این الگوی با عملیاتی کردن چهار مرحله

تهدید درک شده، خودکارآمدی، عزت نفس و ارزشیابی) تأثیر مثبت و معناداری بر کیفیت زندگی بیماران مزمن داشت. در این رویکرد، بیمار، خانواده و تیم درمانی مراقبتی در فرآیند درمانی مراقبتی بیمار به صورت هماهنگ مشارکت می‌کنند و با این شرایط، مسلماً بسیاری از مسایل و مشکلات بیمار مرتفع می‌شود؛ چرا که مشکل این بیماران در نوع کمیت و کیفیت درمان و مراقبت نیست بلکه بهترین درمان‌ها و مراقبت‌ها را دریافت می‌کنند. مشکل این بیماران در تداوم و استمرار اجرای

غالباً ماهیتی چندعلیتی است که نیازمند مشارکت افراد تیم درمانی مراقبتی علاوه بر بیمار و خانواده وی است. در این راستا مناسب‌ترین فردی که در تیم درمانی مراقبتی قادر به ایفای این نقش می‌باشد، پرستار است؛ زیرا مداخله پرستار به عنوان فرد مؤثر و موفق می‌تواند در جهت حفظ سلامتی، پیش‌گیری از عوارض بیماری، کاهش مرگ و میر و بهبود پیامدهای بیماری تأثیر چشم‌گیری داشته باشد (۴۵).

نتایج مقیاس کیفیت ارزیابی چاپ مقالات حاکی از آن است که کیفیت چاپ مقالات الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی در حد قابل قبولی است. بنابراین می‌توان بیان نمود که نتایج این مطالعات قابل کاربرد برای جوامع مشابه بوده و امکان ورود این مطالعات به فراتحلیل مهیا بوده است. بعضی از مطالعات نمرات نسبتاً بالایی را برای ورود مطالعات به فراتحلیل لازم می‌دانند (۴۶ و ۴۷)؛ زیرا در گزارش مناسب یک کارآزمایی بالینی لازم است تا اطلاعات جامعی درباره طرح، اجرا، تحلیل و تفسیر آن بیان گردد. داوران و خوانندگان یک کارآزمایی بالینی برای آن که بتوانند قابلیت‌ها و محدودیت‌های آن را شناسایی نمایند، باید از موضوعاتی مانند علت و چگونگی انجام کارآزمایی و روش تحلیل آن آگاه شوند. کارآزمایی‌هایی که روش‌شناسی ضعیفی دارند و با سوگیری همراه هستند، می‌توانند هم پزشکان را در تصمیم‌گیری‌های بالینی و هم تصمیم‌گیران و سیاست‌گذاران را در تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری گمراه کنند. گزارش نادرست نتایج بالینی می‌تواند مراقبت‌های بهداشتی را در تمام سطوح از

درمان‌ها و مراقبت‌های آن‌ها است. بنابراین مفهوم اساسی و سرنوشت‌ساز پیگیری و استمرار مراقبتی بیمار می‌تواند در فرآیند مراقبت پویا و متعامل بین پرستار، بیمار و خانواده او در کنترل بیماری و کاهش عوارض در این بیماران در نظر و به کار گرفته شود (۶). مراقبت خانواده محور یک فلسفه مراقبتی است که اهمیت واحد خانواده را به عنوان نقطه تمرکز اصلی در تمام مراقبت‌های درمانی مراقبتی به رسمیت می‌شناسد (۴۱).

آژانس مراقبت‌های تحقیقاتی بهداشتی، مشاوره و حمایت بیماران را به عنوان عاملی اساسی در بهبود و پیش‌گیری از عوارض احتمالی بیماری می‌داند و تأکید می‌کند تمام بیماران باید در جریان بیماری خود قرار گرفته و اطلاعات کافی در خصوص ماهیت بیماری، علایم و نشانه‌های خطر آفرین بیماری و پیش‌آگاهی عوارض بیماری را کسب نمایند (۴۲ و ۴۳) که این بیانیه با هدف اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور و مراحل اجرایی آن سازگار است. چهار مرحله تهدید درک شده از طریق بحث گروهی، ارتقای خودکارآمدی از طریق حل مسأله گروهی و نمایش عملی، افزایش عزت نفس (خودباوری) و خودکنترلی از طریق مشارکت آموزشی و ارزشیابی فرآیند و نهایی سبب افزایش دانش و تغییر نگرش بیمار و خانواده وی به بیماری و ماهیت آن می‌شود. درگیر شدن سیستم خانواده (بیمار و سایر اعضای خانواده)، فرآیند مدیریت درمانی مراقبتی بیماری و پیش‌گیری از تشدید و یا رخداد شرایط بیماری‌زای جدید را پویا و مؤثر می‌کند (۴۴ و ۱۵). از طرفی ماهیت بیماری مزمن،

مراحل کاربرد الگو بود. در سه مطالعه، اگرچه عملاً به کاربرد و اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور پرداخته بودند، اما از ذکر نام الگو در مقاله خودداری کرده بودند و یا گام‌های الگو را کمی تغییر داده بودند که سبب ریزش آن‌ها شد؛ ۴- ناهمگنی بالای مطالعات که اعتبار یافته‌های فراتحلیل را کاهش می‌دهد.

درباره ۲ مقاله که وارد فراتحلیل شدند به این صورت عمل شد:

در مطالعه نوری و همکاران علاوه بر مقایسه گروه شاهد و آزمون، تحلیل اطلاعات الگوی توانمندسازی خانواده محور در دو زیر گروه شهر و روستا هم انجام یافته بود که این مقایسه در مطالعه حاضر به عنوان یک مطالعه مجزا ارایه شد (۳۵). در مطالعه قاسمی و همکاران دو گروه مداخله مجزا گزارش شده بود. یکی از گروه‌های مداخله افرادی بودند که سابقه مصرف متامفتامین را داشتند و در زمان انجام مطالعه در دوره بهبودی و نقاهت بودند و گروه دوم مداخله اعضای خانواده افرادی بودند که در دوره مداخله بیمار آن‌ها در مرحله نقاهت و بهبودی بود (۳۹).

لذا با توجه به مرور مطالعات انجام شده و پی بردن به اثربخشی الگوی توانمندسازی خانواده محور بر ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی بیماران مزمن، می‌توان بیان نمود که این الگوی بومی هم‌خوان با فرهنگ و بافت کشور ایران الگویی مؤثر، ساده، کارا و قابل اعتماد بوده و توانایی کاربرد در ارتقاء و بهبود ابعاد مختلف بیماری‌های مزمن را دارد.

با توجه به اهمیت انجام پژوهش‌های بدون تورش و معتبر و گزارش دقیق آن‌ها و همچنین یافته این مطالعه مبنی بر پایین بودن

تدوین سیاست‌های ملی بهداشت عمومی تا درمان یک بیمار گمراه کند. بنابراین لازم است که محققان همانند اجرای دقیق و صحیح انجام مطالعه، در نحوه گزارش و کیفیت چاپ مقالات نهایت دقت را به خرج داده و تلاش کنند تا همراستا و هم‌پای کیفیت بالای اجرای مطالعات، کیفیت گزارش و چاپ مطالعات آن‌ها هم افزایش و بهبود یابد.

در اجرای این مطالعه با چندین محدودیت جدی مواجه بودیم که این محدودیت‌ها عبارتند از: ۱- یکسان نبودن کاربرد ابزارهای پژوهش. در بین مقالات مختلفی که تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور را بر پیامدهای مختلف در بیماران مزمن سنجیده بودند، ابزارهای متفاوتی به کار گرفته شده بود. شاهد این موضوع، ابزار کیفیت زندگی است که صرفاً ۶ مطالعه به سنجش تأثیر الگو با استفاده از ابزار سنجش کیفیت زندگی SF-36 پرداخته بودند و بقیه از سایر ابزارهای کیفیت زندگی اختصاصی ویژه بیماری استفاده کرده بودند که همین موضوع سبب ریزش تعداد زیادی از مطالعات شد؛ ۲- عدم دسترسی به داده‌های لازم. تعدادی از مقالات این داده‌ها را در مقاله ارایه نکرده بودند و یا شکل ارایه داده‌ها نوع خاصی همانند فراوانی و درصد فراوانی بود که امکان ادغام آن‌ها در فراتحلیل مهیا نبود. در تعدادی از مقالات اگرچه به نویسندگان ایمیل درخواست همکاری ارسال می‌شد، با پاسخ منفی مبنی بر نداشتن و یا عدم ارایه داده‌های لازم مواجه شدیم که این عامل سبب ریزش تعدادی از مقالات واجد شرایط شد؛ ۳- محدودیت جدی دیگر رعایت نکردن نگارش

کیفیت گزارش مطالعات صورت گرفته، پیشنهاد می‌شود در طراحی اجرا و گزارش مطالعات آتی به این مهم توجه جدی شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله پژوهشگران از همکاران محترم آقایان دکتر علی دلشاد نوقابی، دکتر حسین کریمی مونقی و دکتر محمدحسین

حارث‌آبادی به جهت در اختیار گذاشتن داده‌های مورد نیاز صمیمانه تقدیر و تشکر می‌کنند. همچنین از همکاران محترمی که در فرآیند اجرای این پژوهش کمک شایانی نمودند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌شود.

تضاد منافع: بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع

- 1 - Vahedian-Azimi A, Sadeghi M, Movafegh A, Sorouri Zanjani R, Hasani D, Salehmoghaddam AR, et al. [The relationship between perceived stress and the top five heart disease characteristics in patients with myocardial infarction]. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences*. 2012; 20(78): 100-112. (Persian)
- 2 - Vahedian-Azimi A, Asghari Jafarabadi M, Payami Bousari M, Kashshafi MB. [The effect of progressive muscle relaxation on perceived stress of patients with myocardial infarction]. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences*. 2012; 20(81): 18-27. (Persian)
- 3 - Rahimi Bashar F, Vahedian-Azimi A, Salesi M, Hosseini Zijoud SM. [The effect of progressive muscle relaxation on the outcomes of myocardial infarction: review study]. *Journal of Military Medicine*. 2017; 19(4): 326-335. (Persian)
- 4 - Khan A, Ramsey K, Ballard C, Armstrong E, Burchill LJ, Menashe V, et al. Limited accuracy of administrative data for the identification and classification of adult congenital heart disease. *J Am Heart Assoc*. 2018 Jan 12; 7(2): e007378.
- 5 - Bashar FR, Vahedian-Azimi A, Salesi M, Hajiesmaeili M, Shojaei S, Farzanegan B, et al. Spiritual health and outcomes in Muslim ICU patients: a nationwide cross-sectional study. *J Relig Health*. 2018 Jan 3; 1-17.
- 6 - Moosavinasab SMM, Vahedian-Azimi A, Salesi M, Vahedi E, Karimi Zarchi AA, Khoshfetrat M, et al. [A review of 17 years application of continuous care model on the consequences of acute and chronic diseases: describing and assessing the quality of the methodology of papers]. *Journal of Military Medicine*. 2018; 20(1): 27-55. (Persian)
- 7 - Hewitt-Taylor J. Challenging the balance of power: patient empowerment. *Nurs Stand*. 2004 Feb 11-17; 18(22): 33-7.
- 8 - Delavar F, Pashaeypoor Sh, Negarandeh R. [Health literacy index: a new tool for health literacy assessment]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2018; 24(1): 1-6. (Persian)
- 9 - Crawford Shearer NB, Reed PG. Empowerment: reformulation of a non-Rogerian concept. *Nurs Sci Q*. 2004 Jul; 17(3): 253-9.
- 10 - Kieffer CH. Citizen empowerment: a developmental perspective. *Prev Hum Serv*. 1983-1984 Winter-Spring; 3(2-3): 9-36.
- 11 - Chamberlin J, Schene AH. A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 1997 Mar 1; 20(4): 43-46.
- 12 - Faulkner M. A measure of patient empowerment in hospital environments catering for older people. *J Adv Nurs*. 2001 Jun; 34(5): 676-86.

- 13 - Barrett EA. A nursing theory of power for nursing practice: derivation from Rogers' paradigm. *Conceptual Models for Nursing Practice*. 1989; 3: 207-17.
- 14 - Kralik D, Visentin K, van Loon A. Transition: a literature review. *J Adv Nurs*. 2006 Aug; 55(3): 320-9.
- 15 - Alhani F. [Evaluating of family centered empowerment model on preventing iron deficiency anemia]. Ph.D Thesis, Tehran, Tarbiat Modares University, 2003. (Persian)
- 16 - Alhani F, Niknami Sh, Kimiagar SM, Kazemnejad A, Heydarnia AR. [Empowerment of a family-oriented pattern and its effects on prevention of iron deficiency anemia in adolescent girls]. *Pejouhandeh Journal*. 2003; 8(4): 283-90. (Persian)
- 17 - Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev*. 2015 Jan 1; 4: 1.
- 18 - Seyed Nematollah Roshan F, Navipor H, Alhani F. [Effect of Family-Centered Empowerment Model (FCEM) on quality of life of mothers having teenagers with iron deficiency anemia]. *Journal of Nursing Education*. 2014, 3(2): 27-40. (Persian)
- 19 - Allahyari A, Alhani F, Kazemnejad A. [The effect of family-centered empowerment model on the quality of life of school-age B-thalassemic children]. *Iranian Journal of Pediatrics*. 2006; 16(4): 455-61. (Persian)
- 20 - Teymouri F, Alhani F, Kazemnejad A. [The effect of family-centered empowerment model on the quality of life of school-age asthma children]. *Iranian Journal of Nursing Research (IJNR)*. 2011; 6(20): 52-63. (Persian)
- 21 - Masoodi R, Alhani F, Rabiei L, Majdinasab N, Moghaddasi J, Esmaeili SA, et al. [The effect of family-centered empowerment model on quality of life and self efficacy of multiple sclerosis patients family care givers]. *Iranian Journal of Nursing Research (IJNR)*. 2012; 7(27): 32-43. (Persian)
- 22 - Rajabi R, Sabzevari S, Borhani F, Haghdoost AA, Bazargan N. [The effect of family-centered empowerment model on quality of life school age children with asthma]. *Journal of Health Promotion Management*. 2013; 2(4): 7-15. (Persian)
- 23 - Seyed Nematollah Roshan F, Navipor H, Alhani F. [The effect of family centered empowerment model on quality of life in adolescent girls with iron deficiency anemia]. *Yafteh, Journal of Lorestan University of Medical Sciences*. 2015; 16(4): 88-99. (Persian)
- 24 - Teymouri F, Alhani F, Kazemnejad A. [The effect of the family-centered empowerment model on the quality of life in parents of children with asthma]. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*. 2014; 22(3): 5-14. (Persian)
- 25 - Khosravan Sh, Kolbadezhad N, Alami A, Torabi Sh. [Effect of intervention based on family-centered empowerment model on the quality of life of women suffering from stress urinary incontinence]. *Quarterly of the Horizon of Medical Sciences*. 2014; 19(5): 23-32. (Persian)
- 26 - Shirvani H, Alhani F, Montazeri A. [The effect of family-centered empowerment model on the functional scales quality of life in women with breast cancer undergoing chemotherapy]. *Iranian Journal of Breast Diseases*. 2017; 10(1): 61-72. (Persian)
- 27 - Farzami HA, Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Alhani F, Sharif Nia H. [The effect of family-centered empowerment model on quality of life in elderly patients with angina]. *Payesh Journal*. 2017; 16(6): 775- 783. (Persian)
- 28 - Zafar Ramazanian Z, Alhani F, Anoosheh M. [The effect of family centered empowerment model on mothers' QOL of girls under six years old with UTI]. *Journal of Health Promotion Management (JHPM)*. 2014; 3(3): 7-15. (Persian)
- 29 - Borhani F, Najafi MK, Rabori ED, Sabzevari S. The effect of family-centered empowerment model on quality of life of school-aged children with thalassemia major. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2011 Fall; 16(4): 292-8.
- 30 - Sargazi Shad T, Kerman saravi F, Navidian A. [Effect of the family-centered empowerment model on quality of life and self-efficacy in adolescents with type 1 diabetes referring to the Ali Asghar's

- clinic in Zahedan, 2016]. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2018; 19(5): 330-9. (Persian)
- 31 - Pashae S, Joonbakhsh F, Khalili A, Almasi S, Shirvani H. The impact of the implementation of the empowerment family-centered model on the performance scale of the lives quality of women with breast cancer undergoing chemotherapy. *Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences*. 2016; 7(6): 2095-2102.
- 32 - Minooei MS, Ghazavi Z, Abdeyazdan Z, Gheissari A, Hemati Z. The effect of the family empowerment model on quality of life in children with chronic renal failure: children's and parents' views. *Nephrourol Mon*. 2016 Jul 2; 8(4): e36854.
- 33 - Masoudi R, Soleimani MA, Hashemi Nia AM, Qorbani M, Hasanpour-Dehkordi A, Bahrami N. [The effect of family centered empowerment model on the quality of life in elderly people]. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences (JQUMS)*. 2010; 14(1): 57-64. (Persian)
- 34 - Rabiei L, Mostafavi F, Masoodi R, Hasanzadeh A. [Effects of family-centered interventions on empowerment of the elderly]. *Journal of Health System Research*. 2012; 8(2): 301-313. (Persian)
- 35 - Noori R, Alami A, Delshad Noghabi A. [Effect of family-centered empowerment model on quality of life in patients with hypertension]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2015; 25(127): 100-107. (Persian)
- 36 - Vahedian-Azimi A, Alhani F, Goharimogaddam K, Madani SJ, Naderi A, Hajjesmaeili M. [Effect of family-centered empowerment model on the quality of life in patients with myocardial infarction: a clinical trial study]. *Journal of Nursing Education (JNE)*. 2015; 4(1): 8-22. (Persian)
- 37 - Salehi Sh, Javanbaktian R, Hasheminia SAM, Habibzadeh H. [The effect of family-centered empowerment model on quality of life of hemodialysis patients]. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2012; 10(1). (Persian)
- 38 - Karimi Monaghi H, Haresabadi M, Froghipor M, Zarifnegad Gh, Mazlom SR, Alhani F. [The effect of family-centered empowerment model on the quality of life of patient with multiple sclerosis]. *Journal of Mashhad Nursing and Midwifery Faculty*. 2009; 9(3(22)): 82-93. (Persian)
- 39 - Ghasemi A, Rahimi Foroshani A, Kheibar N, Latifi M, Khanjani N, Eshagh Afkari M, et al. Effects of family-centered empowerment model based education program on quality of life in methamphetamine users and their families. *Iran Red Crescent Med J*. 2014 Mar; 16(3): e13375.
- 40 - Vahedian-Azimi A, Miller AC, Hajjesmaeili M, Kangasniemi M, Alhani F, Jelvehmoghaddam H, et al. Cardiac rehabilitation using the family-centered empowerment model versus home-based cardiac rehabilitation in patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial. *Open Heart*. 2016 Apr 19; 3(1): e000349.
- 41 - Hockenberry MJ, Wilson D, Rodgers CC. *Wong's essentials of pediatric nursing*. 10th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier Health Sciences; 2016.
- 42 - Cline CM, Israelsson BY, Willenheimer RB, Broms K, Erhardt LR. Cost effective management programme for heart failure reduces hospitalisation. *Heart*. 1998 Nov; 80(5): 442-6.
- 43 - Vahedian-Azimi A, Ebadi A, Saadat S, Ahmadi F. Intelligence care: a nursing care strategy in respiratory intensive care unit. *Iran Red Crescent Med J*. 2015 Nov 14; 17(11): e20551.
- 44 - Aran A, Abazari F, Farokhzadian J, Azizzadeh Forouzi M. [Comparing the perception of family-centered care from the perspectives of nursing staff and mothers of hospitalized children in children's wards]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2018; 24(1): 48-58. (Persian)
- 45 - Connolly K. New directions in heart failure management. *The Nurse Practitioner*. 2000 Jul; 25(7): 23-43.
- 46 - Chung W, Lee KW, Hwang IH, Lee DH, Kim SY. Quality assessment of randomized controlled trials in the journal of the Korean academy of family medicine. *Korean J Fam Med*. 2009; 30(8): 626-31.
- 47 - Miller AC, Ferrada PA, Kadri SS, Nataraj-Bhandari K, Vahedian-Azimi A, Quraishi SA. High-frequency ventilation modalities as salvage therapy for smoke inhalation-associated acute lung injury: a systematic review. *J Intensive Care Med*. 2018 Jun; 33(6): 335-345.

Effect of family-centered empowerment model on quality of life in adults with chronic diseases: A systematic review and meta-analysis study

Amir Vahedian-Azimi* Farshid Rahimi Bashar** Hosein Amini*** Mahmood Salehi****
Fatemeh Alhani*****

Abstract

Article type:
Original Article

Received: Mar. 2018
Accepted: May 2018
e-Published: 19 Aug. 2018

Corresponding author:
Fatemeh Alhani
e-mail:
alhani_f@modares.ac.ir

Background & Aim: Empowerment is a dynamic, positive, interactive and social process, leading to the improvement of quality of life (QOL) in patients with chronic disease. The purpose of this systematic review and meta-analysis was to determine the effect of family-centered empowerment model (FCEM) on QOL in adults with chronic diseases.

Methods & Materials: By searching FCEM in Persian databases including SID, MagIran, IranMedex, IranDoc, and googlescholar, Scopus, Pubmed, Web-of-science, Proquest, and Sciencedirect, all relevant studies were extracted. The methodological quality of the papers was examined using Cochrane-risk-of-bias. Data analysis was carried out through the random effects model and heterogeneity by I^2 index. The data were analyzed using the STATA software version 11.0.

Results: Of the 647 initial studies, only 8 studies examined the effect of FCEM on the QOL in adult patients using SF-36. The pooled standardized mean difference of the 8-dimensions of QOL included: social-functioning (1.781), Physical role limitation (1.416), bodily pain (0.987), general health (1.352), social functioning (1.010), general health (1.122), emotional role limitation (0.656), and vitality (1.361).

Conclusion: The implementation of FCEM had a significant effect on the 8-dimensions of QOL based on the SF-36 questionnaire. The implementation of FCEM is recommended in order to improve the QOL of adult patients with chronic disease.

Key words: family-centered empowerment model, quality of life, disease, systematic review, meta-analysis

Please cite this article as:

- Vahedian-Azimi A, Rahimi Bashar F, Amini H, Salehi M, Alhani F. [Effect of family-centered empowerment model on quality of life in adults with chronic diseases: A systematic review and meta-analysis study]. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2018; 24(2): 152-173. (Persian)

* Trauma Research Center, Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

** Dept. of Anesthesiology and Critical Care, School of Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

*** Dept. of Epidemiology, Faculty of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**** Chemical Injuries Research Center, Systems Biology and Poisonings Institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

***** Dept. of Nursing, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran